

「在宅医療推進基盤整備事業」補助対象製品見積依頼書

各製品の価格を提示するには、正式な見積の手配が必要です。

- ・必要事項をご記入のうえ、京都府病院協同組合までFAX送信して下さい。
- ・担当職員より折り返しご連絡をさせていただきます。

依頼日	平成28年 月 日		
医療機関名			
担当者名		連絡先	
在宅受講証	<input type="checkbox"/> 取得済		<input type="checkbox"/> 今後取得予定 (2016年10月20日迄)
前年度「訪問診療」 実績の有無	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無

<見積依頼製品の情報をご記入下さい>

冊子番号	製品名	数量	備考

<別紙冊子に掲載の無い製品についてはこちらにご記入下さい>

--

<その他ご質問・ご依頼等があればこちらにご記入下さい>

--

<サポート依頼について> ※サポートは京都府病院協同組合にて製品を取り扱いする場合に限りです

依頼内容	<input type="checkbox"/> 補助金申請サポート
------	------------------------------------